



Utilice este formulario únicamente si usted y su cónyuge estuvieron exentos de presentar una declaración de impuestos federales en los dos últimos años fiscales y no pueden proporcionar una verificación de estado de exención del IRS.

Declaración de estado de exención

Llene y firme la parte superior de este formulario (debe estar firmado por el miembro y el cónyuge, de haber). Si recibe ayuda de un patrocinador financiero, una organización comunitaria o una clínica para llenar este formulario, el representante designado de dicha organización debe llenar y firmar la parte inferior del presente.

Nombre del miembro _____ N° de identificación de Basic Health _____

Nombre del cónyuge _____ Número de teléfono () _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Por favor explique por qué no puede proporcionar documentación del IRS: _____

Yo/nosotros certifico(certificamos) que he(mos) proporcionado toda la documentación impositiva disponible según lo solicitara Basic Health. Yo/nosotros estaba(estábamos) exento(s) de presentar una declaración de impuestos al Servicio de Impuestos Internos en los dos últimos años fiscales y no puedo(podemos) proporcionar una copia de la exención.

Firma del miembro _____ Fecha / / _____

Firma del cónyuge _____ Fecha / / _____

Se le requerirá completar un proceso formal de recertificación al menos una vez al año, aun si remite este formulario. Si Basic Health determina que el estado ha pagado demasiado respecto de su prima, se le podría requerir la devolución de los sobrepagos. Si determinamos que usted omitió o proporcionó información falsa a sabiendas, Basic Health podría requerirle el pago de hasta el doble del monto que el estado haya pagado por su cobertura.

Para representantes de organizaciones comunitarias, patrocinadores o clínicas

Yo, _____, declaro que me he reunido con el miembro en cuestión y le he explicado la importancia de informarle a Basic Health todos los ingresos y proporcionar toda documentación de ingresos disponible. Estoy convencido(a) de que la persona ha cumplido con el pedido de documentación de impuestos en la medida en que fue posible.

Nombre del representante (escribir con letra de molde) _____

Firma _____ Fecha / / _____

Nombre de la organización _____ Teléfono: () _____

Dirección de la organización _____

La ley del estado de Washington puede requerir la divulgación de toda información que usted presente como un registro público. El Aviso de Privacidad de la Autoridad de Salud (agencia responsable de la administración de Basic Health) se puede obtener llamando al teléfono 360-923-2822 o en el sitio web www.hca.wa.gov.